

Hanne Fortelius, Marja Penna

## Lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessi

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kuvaamana Peijaksen sairaalassa

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitaja (AMK)  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
18.11.2012

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Hanne Fortelius, Marja Penna Lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessi – Terveystenhuoltohenkilökunnan kuvaamana Peijaksen sairaalassa 24 sivua + 4 liitettä 18.11.2012
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja(t)	Lehtori Eila-Sisko Korhonen Metropolia Ammattikorkeakoulu Yliopettaja Leena Rekola Metropolia Ammattikorkeakoulu
<p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessi Peijaksen sairaalassa terveydenhuoltohenkilökunnan kuvaamana. Opinnäytetyömme on osa Peijaksen sairaalan ja Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteistä tutkimus- ja kehittämishanketta. Hankkeen tavoitteena on luoda toimintamalli, joka sisältää ohjausprosessin eri vaiheet.</p> <p>Opinnäytetyön tekoa varten perehdyimme lihavuuskirurgiaan ja lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessiin. Luimme useita hoito- ja lääketieteellisiä tutkimuksia englanniksi ja suomeksi. Opinnäytetyön aineisto kerättiin elokuussa 2012 haastatteleamalla Peijaksen sairaalan terveydenhuoltohenkilökuntaa. Menetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelurunko koostui teoreettisesta viitekehystä, johon kuuluivat leikkauspäätöksen saanti, preoperatiivinen ohjaus, postoperatiivinen hoito, kotiutuksen jälkeinen ohjaus sekä ohjauksen ja tiedonannon kehittäminen. Haastatteluista viisi tehtiin paikan päällä ja neljä sähköpostitse. Aineisto pelkistettiin ja analysoitiin sisällönanalyysillä. Tuloksista luotiin posterit, jonka avulla saatiin kokonaiskuva lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessista. Lisäksi opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä ohjausmallia.</p> <p>Aineistosta nousi esiin potilaiden löyhä suhtautuminen vaativaan leikkausprosessiin sekä terveydenhuoltohenkilökunnan huoli potilaiden motivaation riittävydestä. Terveystenhuoltohenkilökunta korosti riittävän nesteiden saannin, varhaisen liikkumisen ja hengitysharjoitteiden teon tärkeyttä sekä kipujen hallintaa koko ohjausprosessin aikana. Terveystenhuoltohenkilökunnan työn päällekkäisyyttä oli jokaisessa ohjausprosessin vaiheessa.</p> <p>Hoitotieteellisistä tutkimuksista ei käynyt ilmi Suomessa tehtävää yhdenmukaista lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessia. Tämän vuoksi teimme havainnollisen kuvion ohjausprosessista tuloksien loppuun. Tulevaisuudessa lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessista voitaisiin tutkia terveydenhuoltohenkilökunnan tekemän työn päällekkäisyyttä.</p>	
Avainsanat	lihavuuskirurgia, lihavuus, potilasohjaus, teemahaastattelu, hoitotyö

Author(s) Title  Number of Pages Date	Hanne Fortelius, Marja Penna Bariatric Surgery Patient's Education Process – Described by the Health Care Professionals in Peijas Hospital 24 pages + 4 appendices 18 November 2012
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Leena Rekola, Principal Lecturen Eila-Sisko Korhonen, Senior Lecturen
<p>The purpose of our final project was to describe the bariatric surgery patient's patient education as described by the health care professionals at Peijas hospital in the hospital district of Helsinki and Uusimaa in Finland. Our final project was a part of the Metropolia University of Applied Sciences and Peijas hospitals joint research and development project. The project's goal was to create a procedure model for bariatric surgery patients.</p> <p>In the beginning of our final project, we read several articles on bariatric surgery. We also found out what kind of patient education bariatric surgery patients have during their operation process. Material to our final project was gathered in August 2012 by interviewing health care professionals at Peijas hospital. We chose semi structured interview as our method for data gathering.</p> <p>The semi structured interview frame consisted of a frame of reference which included decision of making bariatric surgery for a patient, preoperative patient education, postoperative care, patient education after surgery and development of patient education and information for a patient. Five of the interviews were made in Peijas hospital and four via e-mail. The interviews were analysed by content analysis and we simplified the most relevant sentences. We made a poster from the results. The patient education process can be seen in the poster. The results of our final project can be used for improving the patient education process for bariatric surgery patients and their families</p> <p>The result showed the patients indifference towards the surgical process and the health care professionals concern for the patients motivation. Health care professionals thought that the most important things during the process of surgery were sufficient hydration, early mobilization, ventilation exercises and pain management. We did not find any similarities between patient education processes in Finland and the nursing science articles we read. At the end, we compiled the results into a descriptive graph. Overlapping work by health care professionals could be examined in the future.</p>	
Keywords	bariatric surgery, obesity, semi structured interview, patient education, nursing

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön keskeiset käsitteet	3
2.1	Lihava tai sairaalloisesti lihava potilas	3
2.2	Lihavuuskirurgia	4
2.3	Lihavuuskirurgisen potilaan ohjaus	6
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävä	10
4	Opinnäytetyön menetelmät	10
4.1	Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä	10
4.2	Aineiston keruu	11
4.3	Aineiston analyysi	12
5	Opinnäytetyön tulokset	13
5.1	Leikkauspäätös	13
5.2	Tulohaastattelupäivä	14
5.3	Ohjaus sairaalassa	15
5.4	Kotiutusohjaus	16
5.5	Leikkauksen jälkeiset kontrollikäynnit	16
5.6	Ohjauksen ja tiedonannon kehittäminen	17
6	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	20
7	Pohdinta	22
7.1	Aineiston keruu, tulokset ja kehittämis ehdotukset	22
7.2	Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu	23
	Lähteet	25
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhaku	
	Liite 2. Tutkimuslupa	
	Liite 3. Saatekirje	
	Liite 4. Teemahaastattelurunko	

## 1 Johdanto

Sairaalloinen lihavuus on Suomessa ja maailmalla jatkuvasti kasvava ongelma. Yhä enemmän eri puolilta maailmaa raportoidaan myös lasten liikalihavuudesta sekä lihavuuden aiheuttamista terveydenhuollon kasvavista kustannuksista. Tällä hetkellä lihavuus on yksi keskeisin kansanterveysongelma. Sairaalloisesta lihavuudesta puhutaan, kun painoindeksi on yli 40 kg/m<sup>2</sup>. Sairaalloisen lihavuuden on todettu aiheuttavan fyysisten ongelmien lisäksi psyykkisiä ja sosiaalisia ongelmia. Lihavuuden kirurgisen hoidon on todettu olevan hyvä hoitomuoto niille, jotka eivät ole saaneet pudotettua painoaan muilla keinoin. Suomessa lihavuuskirurgisten potilaiden hoitamiseen on kaivattu selkeää prosessia, jonka vuoksi tämä opinnäytetyö on tarpeellinen. (Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito 2009: 31.)

Sairaalloinen lihavuus on riskitekijä monille sairauksille. Lihavuuden ennaltaehkäisyyn on kiinnitetty liian vähän huomiota, sillä lihavuusepidemian kasvu kehitysmaissa on huomattavaa. Raskas ruumiillinen työ on vähentynyt ja hyötyliikuntaa on nykyään vähemmän, sekä työmatkoja kuljetaan autoilla. Ruokailutottumusten muutos ja energiantarve eivät ole muuttuneet tämän uuden kehityksen mukana. Helpoin ja halvin tapa olisi ennaltaehkäisy. Sairaalloisen lihavuuden hoidossa perinteiset laihdutusmenetelmät eivät ole tuottaneet riittävää tulosta eikä sairaalloisen lihavuuden konservatiivisesta hoidosta ole luotettavaa tutkimusta. Uusia konservatiivisia hoitoja sairaalloon lihavuuteen kehitetään, mutta sairaalloon lihavuuteen kiinnitetään liian vähän huomiota. (Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito 2009: 31.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportissa (16/2009) todetaan, että tutkittavien leikkaavien (9) ja lähettävien (10) sairaaloiden hoitokäytännöt poikkesivat toisistaan. Hoitokäytännöistä tutkittiin sekä leikkausta edeltävää että leikkauksen jälkeistä hoitoa. Kaikissa lähettävissä sairaaloissa ei ollut hoito-ohjelmaa ennen leikkausta eikä leikkauksen jälkeistä hoitoa tai seurantaa. Kaikissa leikkaavissa sairaaloissa oli hoito-ohjelma sekä ennen että jälkeen leikkauksen sekä seurantakäynnit. Leikkauksen jälkeiset seurantakäynnit leikkaavissa sairaaloissa vaihtelivat. Leikkaavien sairaaloiden hoitopolut eivät olleet yhdenmukaiset, niissä käytettiin joko Käypä hoito -suosituksia tai sairaalan omaa hoitopolkua. Suurimmassa osassa sairaaloita käytettiin erittäin

niukkaenergistä (ENE) ruokavaliota ennen leikkausta ja kestoaltaan ruokavalio vaihteli sairaaloittain. (Kumpulainen ym. 2009b: 162 - 167.)

Potilaan valmistautumisprosessi leikkaukseen kestää arviolta puoli vuotta. Ennen leikkaukseen tuloa potilaan motivaatio ja leikkauksekelpoisuus tarkistetaan. Potilas valmistautuu suureen elämäntapamuutokseen ja hän sitoutuu hoitoon leikkaustulosten pysyvyyden varmistamiseksi. Ravitsemusterapeutin ohjauksessa potilaan tulee pudottaa painoaan kahdeksan prosenttia ennen leikkausta. Leikkauksen jälkeen seuranta jatkuu kirurgian poliklinikalla ja jälkitarkastus on 3 - 4 viikkoa leikkauksesta sekä 3, 12 ja 24 kuukauden kuluttua. (Leivonen ym. 2010:3.)

Opinnäytetyö on osa Peijaksen sairaalan ja Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteistä tutkimus- ja kehittämishanketta. Tämän työn tarkoitus on kuvata terveydenhuoltohenkilökunnan näkökulmasta Peijaksen sairaalan lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessi. Opinnäytetyön tavoitteena on luoda toimintamalli, joka sisältää ohjausprosessin eri vaiheet. Mallin käyttöönotto kehittää perioperatiivista hoitoprosessia ja postoperatiivista hoitoa poliklinikalla (Leivonen ym. 2010). Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä ohjausmallia. Opinnäytetyössä ohjausprosessi kuvataan ja havainnollistetaan selkeäksi kokonaisuudeksi. Potilaan ja omaisten on mahdollisuus perehtyä Peijaksen sairaalan lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessiin opinnäytetyön tuloksia lukemalla. Tällä tavalla potilaan ja omaisten on helpompi ymmärtää ohjausprosessi, johon ollaan ryhtymässä. Selkeän ohjausprosessin myötä turvallisuuden tunne lisääntyy ja potilaan on helpompi valmistautua lihavuuskirurgiseen leikkaukseen. THL:n raportin (16/2009) mukaan Suomessa ei ole yhteneviä hoitokäytäntöjä sairaaloiden kesken, joten opinnäytetyö antaa myös terveydenhuoltohenkilökunnalle selkeän kuvauksen ohjausprosessista. Tämä opinnäytetyö on yksi keino, jolla voidaan helpottaa kaikkia lihavuuskirurgiseen leikkaukseen osallistuvia Peijaksen sairaalassa.

## 2 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

### 2.1 Lihava tai sairaalloisesti lihava potilas

Lihavuudella tarkoitetaan liian suurta rasvakudoksen määrää ihonalaiskudoksessa, mutta rasvaa voi kertyä myös muualle vartaloon, esimerkiksi vatsaonteloon. Vatsaontelon sisäinen liika rasvakudos aiheuttaa monia sairauksia. Niistä tärkein lihavuussairaus on tyypin 2-diabetes, mutta myös korkea verenpaine, veren kohonneet rasva-arvot, polven nivelrikko, unenaikaiset hengityskatkot, sepelvaltimotauti, rintakipu, aivohalvaus, kihti, sappikivet ja naisilla hedelmättömyys voi johtua lihavuudesta. Sairaalloisesti lihavista potilaista 70–90 % on kärsinyt masennuksesta ja/tai ahdistuksesta. (Lihavuus 2010; Grindel, E. – Grindel, C. 2006:129,136.)

Tutkimusten mukaan sairaalloinen lihavuus lisää masentuneisuutta. Mitä lihavampi henkilö on, sitä masentuneempi hän on (Gylling, Helena – Malmivaara, Antti – Mustajoki, Pertti 2009: 36.) Sairaalloinen lihavuus koetaan ainoastaan kielteisenä ja siihen liittyy monenlaisia ongelmia. Sairaalloisesti lihavat henkilöt ovat kuvanneet kolme pääryhmää, joihin sairaalloinen lihavuus vaikuttaa. Ne ovat: jännitteet perhesuhteissa, syrjintäkokemukset ja vaikutukset minäkuvaan. Syrjintäkokemuksia oli kertynyt arjessa, perheiden sisällä, terveydenhuollon henkilöiltä sekä työelämässä. Sairaalloisesti lihavat kokivat huonoa itsetuntoa ja he toivoivat minäkuvan muutosta. He kokivat leikkaushoidon viimeiseksi mahdollisuudeksi ja jopa epätoivoiseksi yritykseksi laihduttamiseen. (Anttila, Heidi ym. 2009: 131.)

Lihavuus arvioidaan BMI-arvolla eli painoindeksillä. Se voidaan laskea laskutoimituksella, painon ja pituuden suhteella. Paino (kg) jaetaan pituuden (cm) neliöllä, kg/m<sup>2</sup>. BMI:llä mitaten normaali paino on 18,5 - 25, lievä lihavuus 25 - 30, merkittävä lihavuus 30 - 35, vaikea lihavuus 35 - 40 ja sairaalloinen lihavuus yli 40. Lihavuutta voidaan arvioida myös vyötärön ympäryksen mittaamisella. Vyötärölihavuus on kyseessä, jos naisilla arvo on yli 90 cm ja miehillä yli 100 cm. (Lihavuus 2010.)

Lihavuus johtuu siitä, että energian saanti on suurempaa kuin kulutus. Ruumiillinen työ ja arkiliikunta ovat vähentyneet huomattavasti ja ruuan huono ravintoaine koostumus

edesauttavat lihomista. Myös muut tekijät, kuten stressi, mielenterveyden häiriöt ja unettomuus altistavat lihavuudelle. (Lihavuus 2010.)

Sairaalloisesti lihavalla painoindeksi on yli 40. Erittäin lihavalla, BMI yli 50 kg/m<sup>2</sup>, leikkaushoito voi lisätä komplikaatioita ja lihavuus voi vaikeuttaa leikkausta. Tällöin painoa voidaan pienentää mahaan asennettavalla pallolla. Leikkausvaihtoehtona on myös kaksivaiheinen leikkaus, ensin tehdään niin sanottu hihatypistys ja painon lähdettyä laskuun tehdään mahanohitusleikkaus. (Koivukangas – Heikkinen – Saarnio – Savolainen 2008: 395.)

## 2.2 Lihavuuskirurgia

Lihavuuskirurgia eli bariatrinen kirurgia on lihavuuden hoitamista kirurgisin menetelmin. Suurin osa leikkauksista tehdään tähystämällä. Lihavuuskirurgiaa varten ei tarvita erikseen suuria sijoituksia, koska leikkauksissa käytetään samoja instrumentteja kuin muissakin vatsaontelon tähystysleikkauksissa. Suurin ja tärkein sijoitus lihavuusleikkauksiin on tähystyskirurgiaan perehtynyt kirurgi ja leikkaustiimi. Lihavuuskirurgisen hoidon kriteerit ovat leikkausta edeltävä asianmukainen konservatiivinen hoito, painoindeksi yli 40 kg/m<sup>2</sup> tai yli 35kg/m<sup>2</sup> sekä lihavuuden liitännäissairaus tai sen vaaratekijöitä, ikä 18–65-vuotta. Potilaalla ei saa olla merkittävää päihdeongelmaa. Mikäli potilaalla on vaikea syömishäiriö tai vakavia mielenterveysongelmia, on konsultoitava psykiatria ja käytettävä erityistä harkintaa. Lisäksi potilaalla on oltava oma tahto elämänmuutokseen ja painonpudotukseen. Kirurgin, sisätautilääkärin ja ravitsemusterapeutin yhteistyö on ehdotonta jokaisen potilaan leikkauspäätöksen kohdalla. (Ikonen ym. 2009: 52; Lihavuus (aikuiset) 2011.)

Lihavuuskirurgia kehittyi 1950-luvulla ja Suomessa lihavuusleikkauksia on tehty ainakin 1970-luvulta lähtien. Ensimmäisen lihavuuskirurgisen leikkauksen teki ruotsalainen kirurgi Henrikson poistamalla osan ohutsuolta. (Ikonen ym. 2009: 164; Saarni ym. 2009.) Lihavuuskirurgiset leikkaukset ovat jatkuvassa kasvussa maailmalla, sillä lihavuus on lisääntynyt kaikkialla 20 - 30 vuoden aikana. Lihavuutta esiintyy eniten Yhdysvalloissa, jossa on miljoonia lihavuuskirurgisen leikkauksen kriteerit täyttäviä henkilöitä, mutta myös Euroopassa sekä Aasian maissa. Yhdysvalloissa on laskettu, että lihavuus aiheuttaa 5 - 7 prosentin osuuden terveydenhuollon kustannuksista



(Ikonen ym. 2009:36,41; Reedy 2009.) Vuonna 2008 Suomessa tehtiin 400 lihavuusleikkausta ja esimerkiksi Ruotsissa paljon enemmän, 3000 leikkausta (Palsternack 2009). Vuonna 2007 Yhdysvalloissa tehtiin yli 200 000 lihavuusleikkausta (Ikonen ym. 2009: 46, 53).

Mahalaukun kavennus, pantaleikkaus ja mahalaukun ohitus ovat Suomessa eniten käytettyjä lihavuuden leikkausmenetelmiä. Vuonna 2008 lihavuusleikkauksia tehtiin kaikissa Suomen yliopistosairaaloissa, neljässä keskussairaalassa sekä kahdessa yksityisen sektorin sairaalassa. (Ikonen ym. 2009: 164.)

Suomessa lihavuusleikkausten tarjonta ja toimintamallit ovat alueittain erilaisia eikä toistaiseksi ole olemassa valtakunnallista linjausta niiden järjestämistavasta. Riittävä hoidon osaaminen tulisi varmistaa ja kehittää yhdenmukainen hoitoprosessi. Lisäksi lihavuusleikkausten hoitotakuulainsäädäntöön tarvittaisiin tarkennusta. Finohtan vuodenvaihteen 2008–2009 tekemän kyselytutkimuksen tulosten mukaan hoitopolut erosivat paljon eri sairaaloiden välillä. Ennen leikkausta tapahtuvat laboraatiokokeet, seurannat, konsultaatiot ja tutkimukset erosivat paljon toisistaan. Lähes kaikkien yksiköiden leikkaushoitoon potilaat tulivat joko perusterveydenhuollon tai sisätautien erikoisan kautta, mutta joissakin yksiköissä leikkaukseen pääsi myös muilla tavoin. Leikkausta edeltävä 2-6 viikkoa kestävä vähäenerginen ruokavalio oli käytössä kaikissa leikkausyksiköissä. Seurantakäyntien sisällöissä ja järjestämisessä oli suurta vaihtelua yksiköiden välillä. Vuonna 2008 jonotusaika leikkaukseen oli yksiköstä riippuen 6-25 viikkoa. (Kumpulainen ym. 2009a: 2275 – 2279.)

Vaikean tai sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito erilaisia leikkaustyyplejä yhdistämällä pienentää potilaan ylipainoa keskimäärin 61 % tai 40 kg. Leikkauksen avulla tyypin 2 diabetes paranee usein täysin, myös kohonneet rasva- ja verenpainearvot voivat parantua. Vielä ei kuitenkaan tunneta täysin mikä tekijä leikkauksessa parantaa tyypin II diabeteksen, mutta sen on todettu liittyvän painon pysyvään pienenemiseen, vähentyneeseen ravinnon saantiin ja suolistohormonien erityksen muutokseen. Uniapnea parantuu keskimäärin 88 %:lla potilaista leikkaustyyppistä riippumatta. (Koivukangas – Heikkinen – Saarnio – Savolainen 2008: 393 - 400.)

Lihavuuden leikkaushoito ei ole kuitenkaan täysin ongelmatonta, koska leikkauksiin liittyy aina vakavien komplikaatioiden ja kuolleisuuden riski. Komplikaatioina voi olla muun muassa leikkauksen jälkeinen vuoto, saumojen pettäminen ja niistä johtuvat infektiot sekä ravitsemushäiriöt ja ruokatorven tulehdus. Vaikeasti lihavilla potilailla myös postoperatiivisten laskimotukosten ja keuhkoveritulpan riski lisääntyy. Vasta-aiheita lihavuuskirurgiselle leikkaukselle ovat vaikea syömishäiriö (ahmimishäiriö), runsas alkoholin käyttö, jatkuva tulehduskipulääkkeiden käyttö, yläruuansulatuskanavan hoitoa edellyttävät sairaudet, epävakaat mielenterveys tai, että potilaan leikkauriski on erittäin korkea. (Sane 2006: 1261–1266; Sane 2009.)

### 2.3 Lihavuuskirurgisen potilaan ohjaus

Potilaan ohjaus on vuorovaikutteista, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa sekä tärkeä osa hoitoprosessia. Ohjaus pyrkii edesauttamaan potilaan oma-aloitteisuutta ja kykyä parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Potilasta tuetaan oman tilanteensa käsittelyssä ja hänen tarpeensa selvitetään. Terveystoimihenkilöstöstä hoitajat ovat suurelta osin vastuussa ohjauksesta. Hoitaja on potilaan tukena päätöksenteossa ja potilas on ongelmansa motivoitunut ratkaisija. Ohjaus on suunnitelmallista tiedon antamista. Joskus potilaan ja hoitajan käsitykset ohjauksesta voivat olla ristiriitaisia ja omaiset voivat jäädä ohjauksen ulkopuolelle. (Kyngäs – Kääriäinen – Ukkola – Torppa 2005:10; Kyngäs – Kääriäinen – Ukkola – Torppa 2006:5.) Tällöin on selvää, että ohjaukseen panostaminen olisi tärkeää myös kansantaloudellisesti, sillä hyvällä ohjauksella on vaikutusta potilaiden ja heidän omaistensa terveyteen (Kääriäinen 2008). Ohjauksetta voi olla useita, jos tilanne vaatii sitä. (Kyngäs ym. 2007: 25.)

Lihavuuskirurginen potilas tarvitsee ohjausta asenteeseen, ruokavalioon, ajatuksiin ja liikuntaan liittyvissä kysymyksissä. Ensisijaisesti ohjaus toteutetaan ryhmässä. Ohjaus on avainasemassa, kun tarkastellaan lihavuuskirurgisten potilaiden leikkausten onnistumista sekä parempaa elämänlaatua ja optimaalista terveyttä. (Lihavuus (aikuiset) 2011); Garza 2003: 101, 104.) Lihavuuskirurgisen potilaan tulee saada tietoa eri leikkausmenetelmistä, leikkauksen mahdollisista komplikaatioista ja riskeistä, leikkauksen jälkeisistä elämäntyylin ja ruokavalion muutoksista, leikkauksen pitkäaikaisista vaikutuksista ja odotetuista tuloksista jo siinä vaiheessa, kun leikkauspäätöstä mietitään. Ravitsemusterapeutin antama ohjaus pitäisi aloittaa jo

aikaisessa vaiheessa arviointiprosessia. Alustavan arvioinnin aikana ravitsemusterapeutti määrittää potilaan ruokailuhistorian. Tärkeää on varmistaa potilaan syömistottumukset, ruokamieltymykset ja yleinen tietämys ravinnosta. Potilaalle tuodaan ilmi lihavuusleikkauksen jälkeisen ruokavalion periaatteet, kuten annoskoko, nesteytys, tekniikka ja sopivat ruokavalinnat. (Garza 2003: 102; McGlinch ym. 2006: 30.)

Lihavuuskirurgiseen leikkaukseen tulevia potilaita kannustetaan mahdollisimman suureen painon pudotukseen ja tupakoinnin lopettamiseen ennen leikkausta. Tupakoinnin lopettaminen voi myös vähentää ahtauttavan uniapnean ja hengitystiesairauksien riskiä. (Garza 2003: 103; McGlinch ym. 2006: 26.) Uniapneaa epäiltäessä potilaille voidaan tehdä unitutkimus. Mikäli uniapnea todetaan, voidaan potilaille aloittaa CPAP-hoito jo ennen leikkausta ja lisäksi jatkaa CPAP-hoitoa leikkauksen jälkeen. Perioperatiivisella käynnillä sairaalassa potilaille ohjataan useita asioita. Heitä tiedotetaan mahdollisesta siirrosta valvontaosastolle leikkauksen jälkeen. Potilaille kerrotaan myös valmistautumisesta siihen, että heille annetaan suonensisäistä nesteytystä ja että heille asetetaan virtsakateri, nenä-maha-letku ja haavadreeni. Potilaita ohjataan perioperatiivisellä käynnillä kivun arvioinnista ja hallinnasta, liikkumisesta, yskimisestä ja hengitystekniikoista. Tavoitteena on, että potilaat liikkuvat mahdollisimman pian leikkauksen jälkeen. Potilaille selitetään myös antibioottiprofylaksian ja veren hyytymistä estävien lääkkeiden käytön syy. Heille kerrataan myös ruokavalion eteneminen ja ravinnottaolon pituus. (Garza 2003: 103.)

Leikkauksen jälkeen sairaanhoitaja kertoo potilaan saaman preoperatiivisen ohjauksen. Kivun arviointi ja hallinta kerrataan ja varhaista liikkumista korostetaan. Myös ravitsemuksellinen ohjaus kerrataan joko hoitajien tai ravitsemusterapeutin toimesta. (Garza 2003: 103.)

Potilas saa kotiutuessaan kirjalliset ohjeet ruokavaliosta, vitamiinien ja proteiinien saannista ja nesteytyksen tärkeydestä. Suolen toiminnan muutoksista ja niiden hoidosta annetaan myös kirjalliset ohjeet. Lääkeohjeet, liikuntarajoitukset ja haavahoito kuuluvat myös kotiutusohjaukseen. Potilas saa tiedon lääkärille tiedotettavista oireista sekä kontrollikäynneistä. Lisäksi potilas saa kotiutuessaan niin sanotun ravintola-kortin, jolla potilas voi tilata ravintolassa pienimpiä annoksia tai

erikoisannoksia vastaamaan paremmin potilaan ruokavaliota. (Garza 2003:103–104; McGlinch ym. 2006: S30.)

Kun potilaat ovat jo kotiutuneet, lihavuuskirurginen tiimi seuraa heitä säännöllisin väliajoin. Kontrollikäynneillä potilaat menevät lääkärin tarkastukseen ja tapaavat ravitsemusterapeutin. Ravitsemusterapeutti keskustelee potilaiden kanssa ruokavaliosta ja tarkastelee ruokavalintoja ja ravintoaineiden saantia. Ruokavalion ja painon laskun vaikutuksia arvioidaan myös laboratoriokokeiden avulla. Lisäksi potilaita kannustetaan osallistumaan vertaisryhmiin keskustelemaan painon pudotuksen vaiheista ja huolistaan. (Garza 2003: 104.)

Grindelin ja Grindelin (2006:135) mukaan Yhdysvalloissa lihavuuskirurgisen potilaan tulee osallistua ennen leikkausta ryhmätapaamisiin ja ravitsemuksen oppitunneille. Näissä ryhmätapaamisissa lihavuuskirurgiseen leikkaukseen tulevalla potilaalla on mahdollisuus kuulla aikaisemmin leikkauksessa olleiden kokemuksia leikkauksesta, leikkauksenjälkeisestä toipumisesta sekä saatavilla olevista resursseista. Ennen lihavuuskirurgista leikkausta potilaalta edellytetään useita laihdutusyrityksiä tai riittävän pitkään kestänyt yksilöllinen painonhallintainterventio. Painonhallintaintervention aikana potilaan on pitänyt pystyä muuttamaan elintapojaan ja painon on pitänyt laskea 10 % tai enemmän. Jos näillä edellä mainituilla tavoilla ei ole saatu painoa laskemaan pysyvästi ja leikkauskriteerit täyttyvät, voidaan lihavuuskirurgista leikkausta pohtia. Mikäli leikkaukseen päädytään, potilaan on muutettava ruokailutottumuksiaan leikkaushoidon edellyttämällä tavalla. Lihavuuskirurgisen potilaan ohjaus on pitkä prosessi, joka alkaa jo varhain ennen itse leikkaukseen hakeutumista.

Ennen leikkausta potilaalle annetaan asiantuntevaa ohjausta ja leikkauksen jälkeen järjestetään seurantakäynnit (Lihavuus (aikuiset) 2011). Leikkauksen aikainen hoito sairaalassa on lyhentynyt, minkä seurauksena potilaan vastuu omasta hoidosta on lisääntynyt. Potilaalle annetaan ohjausta yleensä vasta kotiutusvaiheessa, jolloin potilaan vastaanottokyky ei ole parhaimmillaan. Todelliset kysymykset heräävät usein vasta kotona. (HUS dokumentti 2009.) Blom, Heikkinen ja Kantelinen (2011) opinnäytetyössään ovat tutkineet potilaan kokemuksia saadustaan ohjauksesta ja myös siellä on tullut esiin suuri ohjauksen ja tuen tarve. Erityisesti esiin nousi vertaistuen tarve, vertaistukeen ohjaus ja vertaistuen merkitys elämäntapamuutoksen

onnistumisessa. Myös Kääriäisen artikkelissa (2008) tuli ilmi, että hoitajien omien arvioiden mukaan tukea ja ohjausta tarvitaan enemmän leikkauksen jälkeisestä itsehoidosta, ja että potilaita ohjataan vertaistukeen huonosti.

Yhdysvalloissa lihavuuskirurgisen potilaan leikkausprosessin aikataulu luodaan, kun potilas on käynyt kaikissa vaadituissa esitutkimuksissa ja on kirurgin puolesta valmis leikkaukseen. Leikkausta edeltävän vaiheen tärkeimmät asiat ovat lähtötilanteen arviointi ja potilasohjaus. Täydentävien erikoisalojen kuten fysio- ja ravitsemusterapian avulla sairaanhoitaja järjestää kokonaisvaltaisen ohjauksen ja hoidon. Moni ohjelma sisältää 1 - 2 viikkoa ennen leikkausta tapahtuvan ohjauksen odotuksista sairaalassa. Oli potilas käynyt tässä esiopetuksessa tai ei, tulee sairaanhoitajan varmistua siitä, että potilas on vastaanottanut ja ymmärtänyt tulevat sairaalassaolon tapahtumat. Kokonaisvaltainen arviointi auttaa hoitajaa tunnistamaan potilaan psykososiaaliset, lääketieteelliset ja ohjaukselliset tarpeet. Neurologiset sekä tuki- ja liikuntaelinten arvioinnit keskittyvät vahvuuteen, orientaatioon ja liikkuvuuteen. Potilaan aikaisempi terveyshistoria tulee selvittää. Potilas, joka ei ole henkisesti vireä ja orientoitunut, tulee jättää pois kirurgisesta harkinnasta. (Grindel–Grindel 2006:135.)

Grindel ja Grindelin (2006:137–138) artikkelin mukaan lihavuuskirurgiset potilaat menevät leikkauksen jälkeen tehostetun hoidon osastolle, step-down-yksikköön tai kirurgiseen yksikköön kirurgin mieltymyksen ja leikkaustuloksen perusteella. Leikkauksen jälkeinen verenpaineen ja pulssin seuranta on keskeisessä asemassa potilaan postoperatiivista seurantaa, jotta voidaan havaita ajoissa leikkauksen jälkeiset komplikaatiot, kuten verenvuoto ja anastomoosivuoto. Myös potilaan happisaturaatiota seurataan tiheästi. Leikkauksen jälkeisenä aamuna potilaan suoli tutkitaan Gastrografin®-valmisteen ja röntgenin avulla; jos tämän tutkimuksen mukaan potilaan suolistossa ei ole vuotoja aloitetaan nestemäinen ravitsemus suun kautta. Potilaan pitäisi liikkua 2 - 24 tunnin kuluttua leikkauksesta. Fysioterapeutin antama tuki voi olla tarpeen, jotta voidaan taata potilaan turvallisuus. Potilaan verensokeriarvoja seurataan kun potilas on aloittanut uuden, leikkauksen jälkeisen, ruokavalion. Uusi ruokavalio aloitetaan vaiheittain ja siihen vaikuttaa leikkaustyyppi. Yleensä ruokavalion ensimmäisessä vaiheessa nautitaan vain kirkkaita nesteitä sokerilla tai ilman sokeria. Toisessa vaiheessa nautitaan kaikenlaisia nesteitä ja kolmannessa vaiheessa soseita ja keittoja. Vitamiinilisät ovat välttämättömiä kunnollisen ravitsemuksen saavuttamiseksi.

### **3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävä**

Opinnäytetyö on osa Peijaksen sairaalan ja Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteistä tutkimus- ja kehittämishanketta. Tämän työn tarkoitus on kuvata terveydenhuoltohenkilökunnan näkökulmasta Peijaksen sairaalan lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessi. Hankkeen tavoitteena on luoda toimintamalli, joka sisältää ohjausprosessin eri vaiheet potilaalle ja hänen perheelleen. Mallin käyttöönotto kehittää perioperatiivista hoitoprosessia ja postoperatiivista hoitoa poliklinikalla. (Leivonen ym. 2010.) Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä ohjausmallia.

Opinnäytetyön yksityiskohtaisena tutkimustehtävänä on kuvata millainen on lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessi terveydenhuoltohenkilökunnan toteuttamana.

### **4 Opinnäytetyön menetelmät**

#### **4.1 Teemahaastattelu aineistonkeruumenetelmänä**

Haastattelu on joustava tutkimusmenetelmä, joten se sopii erilaisiin tutkimustarkoituksiin. Haastattelussa kysymysten järjestystä voidaan muuttaa spontaanisti. Vastausten takana olevia motiiveja voidaan saada selville. Haastattelua onkin luonnehdittu keskusteluksi, jonka tarkoitus ja tavoite on ennalta päätetty. Haastattelun etuna on, että tutkittava voi tuoda omaa itseään koskevia asioita vapaasti ilmi. Muita etuja ovat muun muassa se, että haastattelussa vastauksia voidaan selventää ja niille voidaan pyytää perusteluja. Myös lisäkysymyksiä voidaan esittää. Teemahaastattelu voi muuttua strukturoiduksi haastatteluksi, jos teemojen lista kasvaa hyvin pitkäksi. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 35; Juvakka – Kylmä 2007: 78; Sarajärvi – Tuomi 2009:73.)

Teemahaastattelun ideana on se, että haastattelu etenee tiettyjen, etukäteen määriteltyjen teemojen ja tarkentavien kysymysten varassa. Teemalistan avulla

varmistetaan siitä, että kaikki kysymykset tulevat kysytyksi (Nurmeksela – Koivunen – Asikainen – Hupli 2011). Teemahaastattelulle on ominaista, että siinä kysymyksiin vastataan avoimesti sen sijaan, että annettaisiin valmiit vastausvaihtoehdot. Teemahaastattelussa ei voida kysyä mitä tahansa, vaan on löydettävä merkityksellisiä vastauksia tutkimustehtävän mukaisesti. Tässä opinnäytetyössä käytettiin teemahaastattelua aineistonkeruumenetelmänä, koska haastateltavien määrä oli pieni (Metsämuuronen 2000: 14). Tietoa haluttiin saada haastateltavien omasta työkuvasta, jotta sen hetkinen ohjausprosessi saataisiin kuvattua mahdollisimman tarkasti. Etukäteen valitut teemat perustuivat teoriaan potilaan ohjauksen ja tuen tarpeista sekä lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksiin saamastaan ohjauksesta ja tuesta ennen ja jälkeen leikkauksen (Blom ym. 2011: 1–2). Teemat valittiin kyseisellä tavalla, jotta sen hetkinen ohjausprosessi saataisiin kuvattua alusta loppuun. Näin saadaan koottua tutkimustehtävän mukainen kokonaisuus.

Haastattelussa terveydenhuoltohenkilökuntaa pyydetään kuvaamaan seuraavia ohjauksen kohteita ja tarvittaessa kysytään täsmentäviä kysymyksiä (liite 4).

1. Leikkauspäätös ja ohjaus
2. Preoperatiivinen ohjaus
3. Postoperatiivinen ohjaus
4. Kotiutuksen jälkeinen ohjaus
5. Ohjauksen ja tiedonannon kehittäminen

#### 4.2 Aineiston keruu

Aineiston keruu suoritettiin elokuussa 2012 haastatteleamalla seuraavia henkilöitä:

- vuodeosaston sairaanhoitaja (2)
- kirurgian poliklinikan lihavuuskirurgista vastaanottoa hoitava sairaanhoitaja (1)
- psykiatrinen sairaanhoitaja (1)
- ravitsemusterapeutti (1)
- fysioterapeutti (1)
- kirurgi (1)
- sisätautilääkäri (1)
- anestesia lääkäri (1)

Tutkimuslupa myönnettiin tammikuussa 2012. Aineiston keruu alkoi fysioterapeutin haastattelulla. Seuraavaksi haastateltiin ravitsemusterapeuttia, vuodeosaston sairaanhoitajia, kirurgia ja anestesia-lääkäriä. Sisätautilääkäriä, psykiatrista sairaanhoitajaa ja kirurgian poliklinikan sairaanhoitajaa haastateltiin sähköpostitse aikataulullisten haasteiden vuoksi. Lisäksi anestesia-lääkärin haastattelun tulokset vahvistettiin sähköpostitse, koska haastattelutilanteessa nauhurit eivät nauhoittaneet. Haastateltaessa terveydenhuoltohenkilökuntaa sähköpostitse heille lähetettiin teemahaastattelurunko, johon he vastasivat oman työnkuvansa mukaan. Kirurgilta ja osaston sairaanhoitajalta saatiin myöhemmin vastauksia tarkentaviin kysymyksiin sähköpostilla. Aineiston keruussa käytettiin Metropolia Ammattikorkeakoululta saatuja nauhureita. Haastattelu suoritettiin yhdessä, toinen haastatteli ja toinen nauhoitti kahdella nauhurilla sekä teki muistiinpanoja. Vaihdoimme vuoroja sopimuksen mukaan. (Burns – Grove 2011: 93; Juvakka – Kylmä 2007: 110.)

#### 4.3 Aineiston analyysi

Haastattelujen jälkeen aineisto litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi sekä analysoitiin syksyllä 2012. Aineisto puhtaaksikirjoitettiin välittömästi haastattelujen jälkeen. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 222.) Sähköpostitse saatua aineistoa ei puhtaaksikirjoitettu, koska se oli jo valmiiksi kirjoitetussa muodossa.

Aineisto analysoitiin deduktiivis-induktiivisella sisällönanalyysillä. Deduktiivista analyysia puolsi alkuun haettu teoriapohja työlle, josta ohjausprosessin vaiheet otettiin haastattelun teemoiksi. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 97 – 98.) Aineiston pelkistäminen tapahtui siten, että haastatteluaineistosta karsittiin pois opinnäytetyölle epäolennaiset asiat. Pelkistykset valittiin teemojen pohjalta. Pelkistetyt lauseet luokiteltiin ja samankaltaiset lauseet yhdistettiin alakategorioiksi. Niistä poimittiin jälleen yhtäläisyydet, joista muodostettiin yläkategoriat. Tuloksia kirjoitettaessa käytettiin kuitenkin koko aineistoa, mutta yläkategoriat ohjasivat tuloksien muodostamista. (Sarajärvi – Tuomi 2009: 97 – 98).



## 5 Opinnäytetyön tulokset

### 5.1 Leikkauspäätös

Lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessi alkaa Peijaksen sairaalassa sisätautilääkärin tapaamisella. Sisätautilääkäri arvioi potilaan leikkaukelpoisuuden ja ohjaa potilaan tarvittaviin tutkimuksiin sekä kirurgin konsultaatioon. Potilas saa puoltavan leikkaukslähetteen sisätautilääkäriltä. Kahdeksan viikkoa ennen leikkausta on ensikäynti, jossa potilas tapaa kirurgin, kirurgian poliklinikan sairaanhoitajan, anestesia­lääkärin ja ravitsemusterapeutin. Pitkänmatkalaisille on tarjolla myös psykologin vastaanotto. Kirurgi ja potilas yhdessä valitsevat yksilöllisesti parhaan leikkausmenetelmän ja -ajankohdan. Leikkaukelpoisuuden arvioinnissa kirurgi ottaa huomioon potilaan perussairaudet, sosiaalisen tilanteen, tukiverkostot ja psyykkisen tilan. Anestesia­lääkärin ohjauksessa selvitetään potilaan leikkaukelpoisuus. Potilas saa tietoa anestesiasta sekä leikkauksen jälkeisestä pahoinvoinnista ja kivusta. Häntä ohjataan myös CPAP:in käytöstä, lääkehoidosta sekä tupakoinnin lopettamisesta ja ravinnosta olosta ennen leikkausta. Potilas ja ravitsemusterapeutti sopivat painonpudotustavoitteesta. Painonpudotus voidaan toteuttaa erittäin niukkaenergisellä dieetillä tai jollain muulla potilaan toivomalla tavalla.

Kirurgian poliklinikan sairaanhoitaja haastattelee leikkaukseen tulevan potilaan. Potilaan kanssa käydään yhdessä läpi esitietolomake, jonka avulla selvitetään muun muassa allergiat, nykyinen suorituskyky ja mahdolliset aikaisemmat leikkaukset sekä niiden sujuminen. Lisäksi kartoitetaan potilaan perussairaudet ja lääkitykset. Sairaanhoitaja ohjaa potilasta leikkausta edeltävästä ja sen jälkeisestä ajasta sairaalassa. Hän kertoo potilaalle myös kotiutuksesta, sairausloman pituudesta ja korvauksista, leikkauksen tuomista elämänmuutoksista sekä mahdollisista psyyken ongelmista ja niiden oireista. Sairaanhoitaja ohjaa potilasta huomioiden hänen kykynsä ottaa tietoa vastaan. Tavoitteena on, että potilas ei ole yksin ohjaustilanteessa, sillä tietoa tulee paljon ja tilanne on jännittävä. Tiedon luonteen ja määrän vuoksi on hyvä, että potilaalla on omainen hänen tukena ohjaustilanteessa.

Ensikäynnillä potilas saa tietoa leikkauksen jälkeisestä syömisestä ja juomisesta sekä haavan hoidosta, toipumisesta ja komplikaatioista. Lisäksi käydään läpi rajoituksia

tulevaan, leikkauksenjälkeiseen elämään, keskustellaan tulevasta ruokailuun liittyvistä haasteista, kuten annoskoosta ja sitoutumisesta siihen, että uusi ruokavalio kestää koko loppuiän. Potilaan oma motivaatio on avainasemassa. Potilaan on tärkeä ymmärtää, että hän on itse vastuussa laihtumisen tuloksista. Leikkaus ei itsessään laihduta, vaan potilaan on tehtävä paljon työtä sen eteen. Lihavuuskirurgiset potilaat ovat usein ottaneet selvää leikkausprosessista ja vertaistuesta. On myös potilaita, jotka tarvitsevat enemmän ohjausta, tukea ja motivointia tulevaan leikkausprosessiin ja sen jälkeiseen elämään.

*”Siellä tehdään potilaalle tulohaastattelu ja annetaan informaatiota tulevasta siihen asti kunnes tulevat vuodeosastolle tulotarkastukseen.”*

*”Tässä vaiheessa potilaalle selviää, että hänen on vielä tehtävä paljon työtä, jotta leikkaus on hänen kohdallaan mahdollisimman turvallinen ja että hän pystyy osoittamaan motivoituneisuutensa uuteen elämäntyyliin, ravitsemustapaan ja itsekontrolliin”*

## 5.2 Tulohaastattelupäivä

Tulohaastattelupäivä on kaksi viikkoa ennen leikkausta. Tulohaastattelupäivänä varmistetaan potilaan painonpudotus, jotta leikkaukseen voidaan edetä. Potilas saa osaston sairaanhoitajalta ohjausta leikkausvalmisteluista, ravinnosta olosta, lääkityksestä ja verikokeiden otosta. Sairaanhoitaja varmistaa, että potilas tietää minne ja milloin hän saapuu leikkauspäivän aamuna. Hän ohjaa potilasta varhaisesta liikkeestä olosta leikkauksen jälkeen ja motivoi omatoimisuuteen osastolla. Lisäksi sairaanhoitaja informoi potilasta mahdollisista komplikaatioista ja siitä, että hän on yhteydessä terveydenhuoltohenkilökuntaan oireiden tai huolien ilmaantuessa. Ravitsemusterapeutin opetustilaisuudessa potilas harjoittelee syömään ja juomaan pieniä määriä kerrallaan. Potilasta ohjataan jatkuvasta vitamiini-kivennäisainelisien tarpeesta ja dumpingista. Potilas saa fysioterapeutilta leikkausvalmennusohjeen, joka käydään läpi ryhmässä. Ryhmäohjauksessa käydään läpi hengitysharjoitteita, puhalluspallon ja CPAP:in käyttöä. Potilas saa ohjausta myös liikkumisesta ja vuoteesta ylös nousutekniikoista. Potilas tapaa tarpeen tullen kirurgin ja anestesia-lääkärin osastolla.

*”Ravitsemusterapeutin tapaamisella on kaks tämmöstä tavoitetta mitä silloin käydään läpi, on se et kuinka potilas valmistautuu leikkaukseen ja sit hän saa tässä kohdassa jo semmosen tiedon siitä et mitä se leikkauksen jälkeinen ruokavalio tulee olemaan.”*

### 5.3 Ohjaus sairaalassa

Leikkauksen jälkeen potilaan on tärkeää liikkua jo heräämössä, mikäli kivut ovat hallinnassa. Potilaan siirryttyä osastolle sairaanhoitaja ohjaa liikkumisesta ja riittävästä juomisesta. Mahalaukku on leikkauksen jälkeen hyvin pieni, joten sinne mahtuu aluksi vain vähän kerrallaan. Potilas täyttää osastolla nestelistaa, jonka avulla sairaanhoitaja, ravitsemusterapeutti ja kirurgi seuraavat kuinka paljon hän pystyy nesteitä nauttimaan. Fysioterapeutti ja sairaanhoitaja ohjaavat potilasta tekemään puhalluspulloharjoitteita useita kertoja päivässä ja käyttämään CPAP:ia pneumonian ennalta ehkäisemiseksi. Sairaanhoitaja seuraa potilaan kipuja ja antaa kipulääkettä tarvittaessa, jotta kivut pysyvät mahdollisimman hyvin hallussa. Näin potilas pystyy liikkumaan mahdollisimman paljon.

Osastolla oloaika on yleensä 1 - 3 vuorokautta. Tänä aikana potilasta käy tapaamassa ravitsemusterapeutti, joka ohjaa häntä ruokavaliosta ja valmistaa potilasta kontrollitapaamiseen. Sairaanhoitaja huolehtii, että potilas osaa juoda oikeita määriä oikeassa rytmissä ja on ymmärtänyt ravitsemusterapeutin antamat ohjeet. Tässä vaiheessa potilasta pitää usein kannustaa ja motivoida liikkumaan sekä tekemään päivän askareita omatoimisesti.

*”Joidenkin potilaiden kohdalla ohjausta ja muistuttelua tarvitaan enemmän ja jotkut ovat alusta lähtien jo motivoituneita hoitoonsa ja ovat aktiivisesti mukana hoidossa. Jokaisen kohdalla kerrataan liikkumisen tärkeyttä ja riittävää nesteiden saantia ja että se on sitä oikeanlaisen syömis- ja juomistahdin opettelua.”*

*”Ohjataan heti, heti ottamaan yhteys hoitajaan, jos tulee jotain kipuja, pahoinvointia, jotain outoa oloa...”*

#### 5.4 Kotiutusohjaus

Potilaan kotiutuessa kirurgi tarkistaa haavat ja varmistaa, että hän on kotiutuskuntoinen. Sisätautilääkäri ohjaa potilasta lääkityksessä ja vitamiini-kivennäisainevalmisteiden nauttimisesta. Potilaan saama ohjaus kotiutustilanteessa on enimmäkseen jo saadun tiedon kertausta. Sairaanhoitaja ohjaa potilasta lääkityksestä, riittävästä juomisesta, sairauslomasta, haavan hoidosta ja liikkumisesta. Potilas saa kirjalliset ohjeet kotiin, joihin hän voi tarvittaessa palata. Lisäksi sairaanhoitaja tiedottaa kontrollikäynneistä. Sairaanhoitaja muistuttaa potilasta siitä, että hän saa epäselvissä asioissa ottaa yhteyttä osastolle tai perusterveydenhuoltoon. Potilasta muistutetaan LiLe:stä ja heidän tarjoamastaan tukiverkostosta.

Fysioterapeutin kotihoito-ohjauksessa käydään läpi leikkauksen jälkeisen liikkumisen tärkeyttä ja sen rajoituksia. Ravitsemusterapeutti varmistaa miten nesteiden nauttiminen onnistuu. Lisäksi hän kertoo juomis- ja syömisohjeet.

*”...on sitä juomisen opettelua ja muuta. Ja ohjataan siihen et siitä liikunnasta tulis säännöllistä ja aktiivista aina sen leikkauksen myötä et se tukee sitä ruokavaliopuolta.”*

*”... teen tarvittavat lääkemutokset ja korostan että vitamiinivalmisteita tulee syödä loppuikä.”*

#### 5.5 Leikkauksen jälkeiset kontrollikäynnit

Potilaita seurataan leikkauksen jälkeen muutaman vuoden erilaisilla kontrollikäynneillä. Niillä potilas tapaa kirurgin, sisätautilääkärin, poliklinikan sairaanhoitajan ja ravitsemusterapeutin. Kirurgin vastaanotolla tarkistetaan haavat, riittävä juominen, virtsan tulo ja vatsan toiminta. Laboratoriokokeiden perusteella arvioidaan muun muassa potilaan nesteiden ja proteiinien saantia. Potilaalle kerrotaan mahdollisista

myöhäiskomplikaatioista ja muistutetaan herkästä yhteydenotosta leikanneeseen yksikköön. Potilaan lääkitystä säädellään tarvittaessa sisätautilääkärin ohjauksessa. Potilaan painoa ja ruokavalion toteutumista sekä vitamiinien ottoa seurataan. Ennen ravitsemusterapeutin kontrollikäyntejä potilas täyttää ruokapäiväkirjaa, josta näkyy syödyn ruoan ja nesteiden määrä. Ensimmäisellä kontrollikäynnillä potilas saa lihavuusleikatun potilaan kortin, jota hän voi käyttää esimerkiksi ravintoloissa.

*”Potilaita on kehoitettu olemaan yhteydessä osastolle, mikäli psyykkisessä tilanteessa ilmenee ongelmia, jotta lähete psykiatrian puolelle arvioon voidaan järjestää.”*

*”Sitten leikkauksen jälkeen, varsinkin vuoden kuluttua ja kenties kahden vuoden kuluttua, sit alkaa tulla ne ihopoimut. Ne ärsyttävät sitten ja haittaa liikuntaa, ja hautuu, ja varmaan plastiikkakirurgin tarve...”*

## 5.6 Ohjauksen ja tiedonannon kehittäminen

Terveystieteiden henkilökunta nosti esiin potilaiden tietämättömyyden siitä, kuinka suuri leikkausprosessi itse asiassa on. Toiveena oli, että potilaat olisivat tietoisempia riskeistä ja komplikaatioista sekä motivoituneempia itsehoitoon. Aineistosta nousi esiin huoli potilaiden kevyestä suhtautumisesta leikkaukseen. Leikattujen ja leikkaamattomien potilaiden yhteiset ryhmämuotoiset keskustelutilaisuudet, jotka ovat käytössä Yhdysvalloissa, koettiin tarpeellisiksi myös Peijaksen sairaalassa, mutta resurssipulan takia niitä ei ole päästy toteuttamaan kuin kerran. Ryhmätilaisuuksien ideana olisi se, että ne vähentäisivät potilaiden yhteydenottotarvetta osastolle.

Kehittämistarpeena koettiin psykiatrisen sairaanhoitajan suurempaa osallistumista lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessiin. Joidenkin potilaiden kohdalla on huomattu välinpitämättömyyttä ja psyykkisiä ongelmia, jotka ovat suorassa yhteydessä motivaatioon. Sosiaalityöntekijä koettiin myös tarpeellisemmaksi kuin mikä hänen roolinsa tällä hetkellä on. Hänen apuaan tarvittaisiin erilaisten tukimuotojen selvittämiseen potilaille. Potilaan uudet elämäntavat koskettavat koko perhettä tai läheisiä, jonka vuoksi on tullut esiin, että he voisivat olla mukana ohjauksessa. Näin myös perhe tai läheiset ymmärtäisivät paremmin potilaan uusien elämäntapojen

omaksumisen tärkeyden. Terveysthuoltohenkilökunta koki, että kirjallista materiaalia tulisi kehittää jatkuvasti. Leikkaukseen tuleville potilaille voisi olla jaettavana leikattujen potilaiden onnistuneita ja epäonnistuneita kokemuksia. Näiden kokemusten pohjalta potilaat miettivätkö ovatko he todella valmiita tähän elämään muuttavaan tapahtumaan vai jäisivätkö he vielä miettimään leikkausta.

*"...entisestään painottais sitä, ihan kaikkien puolelta et se on myös sitten potilaalle kovaa työtä sen jälkeen, et se lähtee se lähtee paino laskuun, että se ei vaan täl leikkauksel hoidu vaan, et pitäis ehkä sit viel motivoida jotenkin siihen... niitten pitäis motivoituu kans siihen, itse tekemiseen, toipumiseen siihen leikkauksesta."*

*"Hoitajien tietojen säännöllinen päivitys ja vertaisarviointi koskien obe-leikkauksia on tärkeää, lisäksi vastuuhoidajien ja sitä kautta muidenkin hoitajien riittävä koulutus aiheesta."*

*"Yhteydenottoja evaluoimalla me ollaan pyritty tai hoitajat on pyrkiny kehittämään sitä kotiutuspakettia, että jo ennakoitais niitä asioita mist ne tavallisimmat yhteydenotot tulee."*

### Leikkauspäätös

- Sisätautilääkäri arvioi potilaan leikkauksekelpoisuuden ja ohjaa potilaan tarvittaviin tutkimuksiin sekä kirurgille

### Ensikäynti - 8 viikkoa ennen leikkausta

- Kirurgi ja potilas yhdessä valitsevat yksilöllisesti parhaan leikkausmenetelmän ja –ajankohdan.
- Anestesia- ja leikkauksen ohjauksessa selvitetään potilaan leikkauksekelpoisuus.
- Potilas ja ravitsemusterapeutti sopivat painonpudotustavoitteesta.
- Kirurgian poliklinikan sairaanhoitaja haastattelee ja ohjaa leikkaukseen tulevaa potilasta.
- Pitkänmatkalaisille on tarjolla myös psykologin vastaanotto.

### Tuloaastattelupäivä – 2 viikkoa ennen leikkausta

- Potilas saa osaston sairaanhoitajalta ohjausta mm. leikkausvalmisteluista, ravinnosta olosta, lääkityksestä ja verikokeiden otosta.
- Ravitsemusterapeutin opetuslounaalla potilas harjoittelee syömään ja juomaan pieniä määriä kerrallaan.
- Potilas saa fysioterapeutilta leikkausvalmennusohjeen, joka käydään läpi ryhmässä.
- Potilas tapaa tarpeen tullen kirurgin ja anestesia- ja leikkauksen ohjauksen osastolla.

### Sairaalassa olo aika – 1-3 vuorokautta

- Leikkauksen jälkeen potilas siirtyy heräämöhön ja sieltä osastolle
- Kipujen hallinta, riittävä nesteytys, liikkuminen ja hengitysharjoitukset tärkeitä toipumisessa

### Kotiutus

- Kirurgi varmistaa, että potilas on kotiutuskuntoinen.
- Sisätautilääkäri ohjaa potilasta lääkityksessä.
- Osaston sairaanhoitaja ohjaa potilasta mm. lääkityksestä, riittävästä juomisesta, liikkumisesta, haavan hoidosta ja sairauslomasta.
- Ravitsemusterapeutti ohjaa ruokavaliosta ja valmistaa kontrollitapaamiseen
- Fysioterapeutin kotihoito-ohjauksessa käydään läpi leikkauksen jälkeisen liikkumisen tärkeyttä ja sen rajoituksia.

### Kontrollikäynnit

- 3 viikkoa leikkauksesta
- Kirurgi tarkistaa haavat, riittävän juomisen, virtsan tulon ja vatsan toiminnan sekä kertoo myöhäiskomplikaatioista.
- Ravitsemusterapeutti seuraa potilaan painoa, ruokavalion toteutumista ja vitamiinien ottoa.
- Kirurgian poliklinikan sairaanhoitaja ohjaa potilasta ja seuraa hänen toipumista.
- 12 ja 24 kuukautta leikkauksesta
- Sisätautilääkäri ja ravitsemusterapeutin kontrollit

Kuvio 1. Lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessi Peijaksen sairaalassa 1.10.2012.

## 6 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön aineiston keruussa pyrittiin toimimaan eettisesti oikein. Haastatteluun osallistuvia informoitiin haastattelun vapaaehtoisuudesta, haastattelun keskeyttämisen mahdollisuudesta, opinnäytetyön tarkoituksesta, haastattelun kestosta, toimintatavoista ja mihin saatua tietoa käytetään. Lisäksi haastatteluun osallistuvilla ilmoitettiin opinnäytetyön vastuuhenkilö, osallistujien ja opinnäytetyön tekijöiden roolit sekä millä perusteella haastateltavat on valittu. Ennen haastattelua keskusteltiin haastateltavan osallistumisen nimettömyydestä, luottamuksellisuudesta ja yksityisyydestä. (Juvakka – Kylmä 2007: 149.) Opinnäytetyölle myönnettiin tarvittavat tutkimusluvut. Aineiston sisällön arkaluonteisuuden vuoksi aineisto säilytettiin huolella, jotta ulkopuoliset eivät pääse aineistoon käsiksi. Opinnäytetyön valmistuttua kaikki aineisto luovutettiin yliopettaja Leena Rekolalle. Opinnäytetyössä noudatettiin lakia potilaan asemasta ja oikeuksista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785). Saatua aineistoa analysoitiin ja raportoitin siten, että se vastasi mahdollisimman tarkasti haastateltavien kuvaamaa tietoa.

Opinnäytetyössä noudatettiin Helsingin julistuksen vuonna 1964 määrittelemiä eettisiä suosituksia. (Maailman lääkäriliiton Helsingin julistus.) Opinnäytetyössä noudatettiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta sekä tieteellisesti ja eettisesti kestäviä raportointi-, tutkimus-, arviointi- ja tiedonhankintamenetelmiä. Opinnäytetyössä sitouduttiin avoimuuteen tulosten julkaisemisessa. Työssä otettiin huomioon haastateltavien työ ja annettiin heille arvoa. Opinnäytetyön tekijöiden asema, vastuut, oikeudet ja velvollisuudet määriteltiin. Haastateltavia kohdeltiin rehellisesti ja kunnioittavasti. Haastateltavilta pyydettiin suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Keskeistä haastateltavien oikeuksista ovat oikeus opinnäytetyötä koskevaan tietoon ennen haastattelua ja koko aineistonkeruun ajan, oikeus esittää kysymyksiä, oikeus kunnioittavaan ja rehelliseen kohteluun, oikeus anonymiteetin säilymiseen, oikeus haastattelun keskeyttämiseen ja oikeus saada tietoa haastattelun tuloksista. (Leino-Kilpi – Välimäki 2008: 364; 367.) Haastateltavien yhteistyöhalu oli opinnäytetyön aineiston luotettavuuden perusta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 152.)



Opinnäytetyön laadukkuutta tavoiteltiin teemahaastattelurungon ja siihen liittyvien aputeemojen avulla. Teemat ja aputeemat valittiin huolella perehtymällä lihavuuskirurgiseen hoitoon. Haastattelujen yhteydessä mukauduttiin mahdollisiin teemahaastattelurungon muutoksiin ja varauduttiin myös mahdollisiin lisäkysymyksiin. Opinnäytetyön tekijöiden kokemattomuus haastatteluiden teosta heikensi laadukkuutta. Opinnäytetyöntekijät arvioivat kriittisesti toisiaan haastattelujen jälkeen, joka auttoi kehittämään haastattelutaitoja. Muutaman haastattelun jälkeen tehtiin niin sanottu ”Check-lista”, jonka kävimme läpi haastateltavan kanssa ennen haastattelua. Listaa kehitettiin jokaisen haastattelun toteutumisen perusteella. Välittömästi ensimmäisen haastattelun jälkeen oli tarkoitus tavata ohjaava opettaja, jonka kanssa haastattelu olisi analysoitu ja purettu auki, mutta aikataulullisten syiden vuoksi tämä jäi toteutumatta. Tämä olisi auttanut seuraavien haastatteluiden tekoa. Haastatteluiden litterointi heti haastatteluiden jälkeen paransi aineiston laatua. Opinnäytetyöntekijöiden on luotettava haastatteluaineiston laadukkuuteen ja haastateltavien rehellisyyteen. Tarkennusta vaativissa asioissa oltiin yhteydessä haastateltaviin vielä haastattelujen jälkeen. Arvioitaessa luotettavuutta huomioon otettiin haastateltavien työnkuvan erilaisuus. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 184–185.)

Luotettavuuteen vaikuttivat haastateltavien yksilöllisyys, kuinka he tulkitsivat kysymykset ja mahdolliset henkilökohtaiset mielipiteet. Myös vastausten ymmärrettävyys ja tulkinta vaikuttivat luotettavuuteen. Oli mahdollista, että opinnäytetyöntekijät jättivät huomiotta jotain, mikä olisi ollut vastaajien mielestä tärkeää.

Haastetta loi se, että opinnäytetyö oli tekijöilleen ensimmäinen. Sisällönanalyysin teoria ei ollut tuttu entuudestaan, joka saattoi heikentää luotettavuutta. Tekijät opiskelivat aihetta paljon muun muassa lukemalla eri lähteitä, käymällä työpajassa sekä opettajan ohjauksissa. Aineiston analyysin luotettavuutta lisäsi se, että analysoijia oli kaksi. Vaikka aineisto oli laaja, tekijät olisivat halunneet saada lisää haastatteluja samalta ammattiryhmältä, koska joitain asioita saattoi jäädä sanomatta. Tekijät tarkastelivat kriittisesti omaa oppimistaan dialogia käyden.

Opinnäytetyön oikeinkirjoituksen tarkisti Metropolia Ammattikorkeakoulun äidinkielenopettaja. Opinnäytetyön etenemistä seurasivat ja ohjasivat yliopettaja Leena

Rekola sekä lehtori Eila-Sisko Korhonen. Opinnäytetyöseminaareissa muiden opiskelijoiden vertaisarvioinnit auttoivat hahmottamaan työtä muiden näkökulmasta.

## 7 Pohdinta

Opinnäytetyön aihe oli erittäin mielenkiintoinen ja se lisäsi motivaatiota työn tekemiseen. Me molemmat halusimme aiheen, jossa käsitellään kirurgista hoitotyötä. Valittavista olevista aiheista koimme molemmat lihavuuskirurgisen projektin eniten omaksemme.

Opinnäytetyön teko lähti liikkeelle tiedonhaulla eri tietokannoista ja kirjallisuudesta. Haasteen tiedon etsimiseen loi se, että lihavuuskirurgiasta saatavaa tietoa on vähän suomeksi. Englanninkielisiä lähteitä löytyi paljon ja maailmalla on tehty paljon erilaisia tutkimuksia lihavuuskirurgiaan liittyen. Tiedon kääntäminen englannista suomeksi oli haastavaa muun muassa siksi, että tekstissä oli käytetty lyhenteitä ja termejä, jotka eivät olleet meille entuudestaan tuttuja.

### 7.1 Aineiston keruu, tulokset ja kehittämis ehdotukset

Aineistonkeruussa teemahaastattelu sopi hyvin menetelmäksi, koska tutkittavana oli aihe, jonka tuloksia ei vielä ennalta tiedetty ja haastateltavat oli eri ammattiryhmistä. Aineistoa kerätessämme huomasimme, että lähes kaikki terveydenhuoltohenkilökunnasta puhuivat samoista asioista. Heidän potilaille antamassaan ohjauksessa oli paljon päällekkäisyyttä, mutta se oli myös tarpeellista muistuttelua potilaalle. Leikatun potilaan seuranta, kuten verenpaine, pulssi, haavojen ja kivun seuranta, oli jätetty aineistossa kertomatta. Epäilemme tämän johtuneen siitä, että terveydenhuoltohenkilökunta oletti meidän tietävän kyseiset asiat. Peijaksen sairaalassa alkoi uusi lihavuuskirurgisen potilaan ohjauksen toimintamalli 1.10.2012. Uuden ja vanhan mallin sekoittuminen aineistossa vaikeutti työn tuloksien laadintaa.

Yhteistyö terveydenhuoltohenkilökunnan välillä on avainasemassa hoitotyössä ja se kuuluu olennaisesti lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessiin. Emme voineet lisätä

yhteistyötä tuloksiin työn luotettavuuden vuoksi, sillä se ei tule ilmi aineistosta. Uskomme, että yhteistyötä on ja ilman sitä ohjausprosessia ei pystytä kehittämään. Sairaanhoitajat muun muassa kartoittivat yhteydenottoja osastolle ja niiden perusteella terveydenhuoltohenkilökunta yhdessä kehitti kotiutuspakettia. Sairaanhoitajan rooli on merkittävä lihavuuskirurgisen potilaan ohjaus- ja hoitoprosessissa, koska hän on usein avainhenkilö eri toimijoiden välillä. Sairaanhoitaja tukee ja ohjaa potilasta sekä hänen omaisiaan lihavuuskirurgisen ohjausprosessin eri vaiheissa. Tarvittaessa sairaanhoitaja voi esimerkiksi ohjata potilaan lisäkonsultaatioon kirurgin vastaanotolle ennen leikkausta.

Jäimme pohtimaan psykologin roolia lihavuusleikkaukseen tulevan potilaan ohjausprosessissa. Psykologin haastattelu olisi voinut olla osana työtämme. Näin olisimme saaneet kattavamman kuvan koko prosessista, mutta rajauksen vuoksi tämä haastattelu jätettiin pois.

Peijaksen sairaalan terveydenhuoltohenkilökunta toivoi, että työstämme kävisi ilmi heidän tekemänsä työn päällekkäisyys. Aikamme ei riittänyt tähän, mutta työn päällekkäisyyttä voitaisiin tutkia jatkossa lisää esimerkiksi laatimalla siitä matriisin. Lisäksi voitaisiin tutkia millaisia eroja ohjausprosessissa ja sen laadussa on yksityisen ja julkisen sektorin välillä.

## 7.2 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi oli todella antoisaa, mutta samalla myös haastavaa. Haastavinta oli molempien tekijöiden aikataulujen yhteensovittaminen ja se, että kaikkea ei voi jakaa meidän tekijöiden kesken. Koimme lopulta helpommaksi yhdessä tekemisen. Työskentely oli hyvin antoisaa silloin, kun saimme yhdessä pohtia asioita ja käyttää toista peilinä. Opinnäytetyön teko kesti pidempään kuin aluksi suunnittelimme, mutta tämä oli lopulta hyvä asia, sillä tämä antoi meille aikaa syventyä aiheeseen huolella. Näin laajaa työtä ei kumpikaan meistä ollut tehnyt aikaisemmin eivätkä tutkimustyön menetelmät olleet entuudestaan tuttuja. Työn teko oli aluksi vaikeaa, koska emme oikeastaan ymmärtäneet mitä teimme. Juuri tästä syystä pitkä työaika osoittautui hyödylliseksi. Koimme, että teimme tavallaan kaksi eri työtä, teoria-osuuden ja teemahaastattelun. Näin kokemattomuutemme opinnäytetyön teossa tuli ilmi.

Teemahaastattelurungon teimme varhaisessa vaiheessa, emmekä olleet päässeet ihan täysillä vielä kiinni opinnäytetyön tekoon. Teemahaastatteluja tehdessä huomasimme yhden kysymyksistä olevan huonosti aseteltu ja jouduimme tarkentamaan sitä haastateltaville.

Ammatillista kasvua koemme tapahtuneen enemmän kaksin tehdessä, koska yhdessä tekeminen opettaa toimimaan yhteistyössä ja ottamaan toisen ihmisen huomioon sekä antamaan tilaa toisen luovuudelle. Tämä, jos mikä, on hyväksi tulevalle ammatillemme, sillä sairaanhoitajan on kyettävä toimimaan yhteistyössä eri toimijoiden kesken. Vuorovaikutustaitomme karttui työtä tehdessä ja työn alussa meidän tekemämme sopimukset siitä, miten toimitaan ongelmatilanteissa, olivat käytännön kannalta toimivia. Opettajamme ohjaukset alkoivat loppua myöten käymään positiivisemmiksi - ei sillä, että ne olisivat olleet epämiellyttäviä, mutta alussa ohjauksen jälkeen tuli lannistettu olo. Mutta näin myöhemmin, opinnäytetyöprosessia enemmän tuntevina, ymmärrämme ohjaajamme neuvoja paremmin ja koimme ne opettavaisiksi. Opinnäytetyötä tehdessä opimme tekemään tiedonhakuja erilaisista tietokannoista. Alkuun tietokantojen käyttö oli vaikeaa, mutta loppua kohden ne tulivat tutummiksi. Tiedonhaun oppiminen on hyödyksi myös tulevaisuudessa, käytännön sairaanhoitajan työtä tehdessä. Haastavan, ennalta tuntemattoman tai huonoksi havaitun työn eteen sattuessa on meillä valmiudet etsiä ja hankkia näyttöön perustuvaa tutkimustietoa.

## Lähteet

- Anttila, Heidi – Saarni, Suoma E. – Saarni, Samuli I. – Isojärvi, Jaana – Ikonen, Tuija S. – Malmivaara, Antti 2009. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Lihavuuden ja lihavuusleikkausten merkitys ja vaikutukset potilaiden kuvaamana. Raportti 16/2009. Helsinki: THL.
- Burns, Nancy – Grove, Susan K. 2011. Understanding nursing research: building an evidence-based practice. Maryland Heights, MO: Elsevier Saunders.
- Blom, Saara – Heikkinen, Leena – Kantelinen, Saana 2011. Lihavuuskirurgisen potilaan kokemuksia saadusta ohjauksesta ja tuesta. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.
- Garza, Sharon F. 2003. Bariatric Weight Loss Surgery. Patient Education, Preparation, and Follow-Up. Critical Care Nursing Quarterly 26 (2). 101 - 104.
- Grindel, Mary E. – Grindel, Cecelia 2006. Nursing Care of the Person Having Bariatric Surgery. Medsurg nursing 15 (3). 129 - 145.
- Gylling, Helena – Malmivaara, Antti – Mustajoki, Pentti 2009. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Lihavuusongelman ja ei-kirurgisten hoitovaihtoehtojen kuvaus. Raportti 16/2009. Helsinki: THL.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Ikonen, Tuija S. – Anttila, Heidi – Gylling, Helena – Isojärvi, Jaana – Koivukangas, Vesa – Kumpulainen, Tuija – Mustajoki, Pertti – Mäklin, Suvi – Saarni, Samuli – Saarni, Suoma – Sintonen, Harri – Victorzon, Mikael – Malmivaara, Antti 2009. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 16/2009.
- Juvakka, Taru – Kylmä, Jari 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Koivukangas, Vesa – Heikkinen, Timo – Saarnio, Juha – Savolainen, Markku 2008. Sairaalloisen lihavuuden kirurginen hoito. Aikauskirja Duodecim 124 (4). 393 - 400.

- Kumpulainen, Tuija – Anttila, Heidi – Mustajoki, Pertti – Victorzon, Mikael – Saarni, Samuli I. – Malmivaara, Antti – Ikonen, Tuija S. 2009a. Sairaalloisen lihavien leikkaushoidon järjestäminen Suomessa. Aikakauskirja Duodecim 125 (20). 2275 - 2279.
- Kumpulainen, Tuija – Anttila, Heidi – Mustajoki, Pertti – Victorzon, Mikael – Saarni, Samuli I. – Malmivaara, Antti – Ikonen, Tuija S. 2009b. Sairaalloisen lihavuuden leikkaushoito. Lihavuusleikkausten järjestäminen Suomessa. Raportti 16/2009. Helsinki: THL.
- Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Ukkola, Liisa – Torppa, Kaarina 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö 2005 3 (1). 10 - 15.
- Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Ukkola, Liisa – Torppa, Kaarina 2006. Terveystenhoitohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede 18 (1). 4 - 13.
- Kyngäs, Helvi – Kääriäinen, Maria – Poskiparta, Marita – Johansson, Kirsi – Hirvonen, Eila – Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen, Maria 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 2008 6 (4). 10 - 15.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Leivonen, Marja – Juuti, Anne – Palomaa, Tarja – Mattila, Lea-Riitta – Häggman-Laitila, Arja – Rekola, Leena. Päivitetty 5.10.2010. Lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä neuvontamallin kehittäminen Peijaksen sairaalassa. Tutkimussuunnitelma.
- Lihavuus (aikuiset) 17.1.2011. Käypä hoito. Verkkodokumentti.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010?hakuksana=lihavuus>. Luettu 24.9.2011.
- Lihavuus 27.10.2010. Terveyskirjasto Duodecim. Verkkodokumentti.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00042](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042).  
 Sisätautien erikoislääkäri Pertti Mustajoki. Luettu 27.10.2011.
- Metsämuuronen, Jari 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Methelp Ky.
- Nurmeksela, Anu – Koivunen, Marita – Asikainen, Paula – Hupli, Maija 2011. Kehityskeskustelut hoitotyön johtamisen tukena. Tutkiva Hoitotyö 2011 9 (4). 23 - 31.
- Maailman lääkäriliiton Helsingin julistus. Lääkäriliitto. Verkkodokumentti.  
<http://www.laakariliitto.fi/etiikka/helsinginjulistus.html>. Luettu 18.1.2012.

- McGlinch, Brian P. – Que, Florencia G. – Nelson, Joyce L. – Wroblewski, Diane M. – Grant, Jeanne E. – Collazo-Clavell, Maria L. 2006. Perioperative Care of Patients Undergoing Bariatric Surgery. Mayo Clinic Proceedings. Mayo Clinic 81 (10).
- Metsämuuronen, Jari 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Methelp.
- Palsternack, Iris 2009. Lihavuuskirurgia arvioitavana. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Uutiskirje. Verkkodokumentti.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/ajankohtaista/uutiskirje/3\\_2009\\_5](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/ajankohtaista/uutiskirje/3_2009_5). Luettu 28.9.2011.
- Reedy, Shannon 2009. An evidence-based review of obesity and bariatric surgery. Journal for Nurse Practitioners 5 (1). 22-29. Luettavissa myös osoitteessa <<http://www.npjjournal.org/article/S1555-4155%2808%2900401-7/fulltext>>.
- Saarni, I. Samuli – Anttila, Heidi – Saarni, E. Suorma – Mustajoki, Pertti – Koivukangas, Vesa – Ikonen, S. Tuija – Malmivaara, Antti 2009. Lihavuuden leikkaushoitoon liittyviä eettisiä näkökohtia. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 125 (20). 2280 - 2286.
- Sane, Timo 2009. Aiheet lähettää potilas lihavuuskirurgisen hoidon arvioon ja läheteohjaus. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Endokrinologian klinikka.
- Sane, Timo 2006. Lihavuuden leikkaushoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 122 (10). 1261 - 1266.
- Sarajärvi, Anneli – Tuomi, Jouni 2002, 2006, 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

**Tiedonhaku**

<b>Hakukone</b>	<b>Hakusanat</b>	<b>Osumia</b>	<b>Valittu otsikon perusteella</b>	<b>Valittu abstraktin pohjalta</b>	<b>Aineistoon sopivia</b>	<b>Aineistoon valittu</b>
CINAHL	obesit* AND surgery AND nursing. English language. Year 2001-2011. Research article.	11	3	3	3	1. Reedy, Shannon 2009. An evidence-based review of obesity and bariatric surgery. Journal for Nurse Practitioners 5 (1). 22-29.  2. Jeffrey – Kitto 2009. Struggling to care: Nurses' perception of caring for obese patients in an Australian bariatric ward.
	obesit* AND surgery AND patient education. English language. Year 2001-2011. Research article.	9	1	1	1	1. Goldstein – Hadidi 2010. Impact of Bariatric Pre-Operative Education on Patient Knowledge and Satisfaction with Overall Hospital Experience.
MEDIC	"lihavuuden kirurginen hoito" AND hoit*	36	3	1	1	1. Saarni ym. 2009. Lihavuuden leikkaushoitoon liittyviä eettisiä näkökohtia. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 125 (20). 2280-6.
	lihavu* AND leikkau* AND hoitot*	13	5	3	2	1. Sane, Timo 2006. Lihavuuden leikkaushoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 122 (10). 1261-6.



						2. Koivukangas ym.2008. Sairaalloisen lihavuuden kirurginen hoito. Aikakauskirja Duodecim 124 (4). 393-400.
	"Tutkiva hoitotyö" (Lehden nimi) AND potilasohjaus (2001-2011)	17	2	2	2	1. Kääriäinen, Maria 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 2008 6 (4). 2. Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi –Ukkola, Liisa – Torppa, Kaarina 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö 2005 3 (1).
	Hoitotiede (Lehden nimi) AND "potilasohjaus" (2001-2011)	26	2	2	2	1. Eloranta – Katajisto - Leino-Kilpi 2008. Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. 2. Kyngäs – Kääriäinen – Ukkola – Torppa 2006. Terveysthuoltohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa.
	lihav* AND leikk* AND "potilasohjaus". Vuosi 2001-2011	1	1	1	1	1. Kuukasjärvi 2004. Lihavuuden hoidossa on keinoja moneen makuun.
MEDLINE (ovid)	bariatric surgery AND nursing AND patient education.2001-	21	2	1	1	1. Grindel, M. – Grindel, C. 2006. Nursing Care of the Person Having Bariatric Sur-

	current.					gery.
	obesit* AND surgery AND nursing. English language. Year 2001-2011.	240	21	10	10	1. Grindel, M. – Grindel, C. 2006. Nursing Care of the Person Having Bariatric Surgery. 2. Garza, S. 2003. Bariatric weight loss surgery. Patient education, preparation and follow-up. 3. McGlinchym. 2006. Perioperative Care of Patients Undergoing Bariatric Surgery.
	obesit* AND surgery AND "patient education". English language. Year 2001-2011.	158	14	5	3	1. Garza, S. 2003. Bariatric weight loss surgery. Patient education, preparation and follow-up.
COCHRANE	"bariatric surgery"	2	1	1	1	0
	Bariatric surgery AND nursing AND patient education from 2001 to 2011.	5	1	1	1	0

HELSINGIN JA UUDENMAAN  
SAIRAANHOITOPUOLUSTUS  
HYKS-sairaanhoitoalue 2012  
Operatiivinen tulosyksikkö

TUTKIMUSLUVAN  
MYÖNTÄMINEN  
§ 47  
27.02.2012

1 (2)

Dnro

Hakijat osastonylilääkäri [REDACTED]

Esittelijä johtava ylihoitaja [REDACTED]

Asia **TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN OSASTONYLILÄÄKÄRI [REDACTED]  
[REDACTED] TUTKIMUSRYHMÄN OSATUTKIMUKSELLE:  
LIHAVUUSKIRURGISEN POTILAAN OHJAUSPROSESSI  
TERVEYDENHUOLTOHENKILÖSTÖN KUVAAMANA PEIJAKSEN  
SAIRAALASSA**

Tutkijat/tutkimusryhmä Dos [REDACTED], LKT [REDACTED], TtM [REDACTED], Dos, TtT [REDACTED]  
[REDACTED], FT Leena Rekola, maisteri-opiskelija [REDACTED],  
sh-opiskelijat Hanne Frontelius ja Marja Penna

Perustelut Lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessi terveydenhuoltohenkilöstön  
kuvaamana Peijaksen sairaalassa on osatutkimus laajemmasta  
tutkimuksesta (Lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä  
neuvontamallin kehittäminen), jolle osastonylilääkäri [REDACTED] on  
tutkimusryhmänsä kanssa saanut tutkimusluvan 10.02.2011 HYKS  
Operatiivisesta tulosyksiköstä.

Osastonylilääkäri [REDACTED] anoo lupaa suorittaa teemahaastattelun  
avulla aineistonkeruu Peijaksen sairaalassa 8 henkilöltä, jotka osallistuvat  
lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessiin. Ammattiryhmittäin  
haastateltavat ovat sairaanhoitajia (N=3), ravitsemusterapeutti,  
fysioterapeutti, kirurgi sekä sisätauti- ja anestesia- ja lääketieteiden  
Haastatteluaineiston keräävät ja analysoivat Metropolia  
Ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat Hanne Frontelius ja Marja  
Penna, ja työ on samalla heidän opinnäytetyönsä. Haastateltavien  
vapaaehtoinen suostumus kysytään saatekirjeellä ja teemahaastattelun  
runko on liitteenä. Tutkittavan luvalla haastattelut myös nauhoitetaan.

Opiskelijoiden ohjaajina toimivat lehtori Eila-Sisko Korhonen ja yliopettaja  
Leena Rekola Metropolia ammattikorkeakoulusta. Aineisto on tarkoitus  
kerätä 27.02.2012 - 30.11.2012 välisenä aikana.

Peijaksen sairaalan osastoryhmän päällikkö [REDACTED] ja  
osastonhoitaja [REDACTED] ovat tietoisia tutkimuksesta ja suostuvia  
aineiston keräämiselle.

Tutkimuksella saadun tiedon avulla kehitetään lihavuuskirurgisen potilaan  
ja hänen perheensä ohjausmallia.

Päätös Edellä olevan perusteella päätän, että osastonylilääkäri [REDACTED]  
tutkimusryhmälle myönnetään tutkimuslupa ajalle 27.2. - 30.11.2012.

Tutkimuksen yhteydessä käytettäviä tietoja on pääsääntöisesti käsiteltävä  
anonymisti. Henkilötietojen avainrekisterin säilyttämisestä huolehtii aina  
HUS:ssa tutkimuksen vastuhenkilö. Tutkimusluvan saaja huolehtii muun  
tietoa-aineiston asianmukaisesta arkistoinnista ja mahdollisten tietojen ko-  
pioiden hävittämisestä. Tutkimusluvan saajan HUS:n nimissä syntyvät  
julkaisut on julkaisukeräysohjeiden mukaisesti toimitettava tiedoksi ja  
työsuhdekeksinnöt on ilmoitettava kirjallisesti HUS:lle.

HELSINGIN JA UUDENMAAN  
SAIRAANHOITOPUORI  
HYKS-sairaanhoidoalue 2012  
Operatiivinen tulosityksikkö

TUTKIMUSLUVAN  
MYÖNTÄMINEN  
§ 47  
27.02.2012

2 (2)

Dnro

Tutkimuksesta tulee sen valmistuttua toimittaa lyhyt yhteenveto  
EVO-vastuulääkäri [REDACTED] ja operatiivisen tulosityksikön  
toimialajohtaja [REDACTED] sekä johtava ylihoitaja [REDACTED].

Sovelletut oikeusohjeet

HUS Yleiskirjeet nrot 22/2000 ja 4/2002  
Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999)  
Henkilötietolaki (523/1999)  
Laki viranomais toiminnan julkisuudesta (621/1999)  
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)  
Potilasvahinkolaki (585/1986)

Päätösvallan peruste

Hallintosääntö 20 §  
HYKS operatiivisen tulosityksikön johtajan päätös § 249 (31.08.2009)

Lisätietojen antaja

Erikoissuunnittelija [REDACTED] p. [REDACTED] tai [REDACTED]  
sähköposti: [REDACTED]

[REDACTED]  
vs. HYKS Oper ty, EVO-vastuulääkäri

Tiedoksi

osastonylilääkäri [REDACTED]  
sairaanhoidon opiskelija Hanne Frontelius  
sairaanhoidon opiskelija Marja Penna  
johtava ylihoitaja [REDACTED]  
osastoryhmän päällikkö [REDACTED]  
erikoissuunnittelija [REDACTED]  
kliininen asiantuntija [REDACTED]  
kliininen asiantuntija [REDACTED]  
kliininen asiantuntija [REDACTED]  
kliininen asiantuntija [REDACTED]  
kliininen asiantuntija [REDACTED]  
kliininen asiantuntija [REDACTED]  
kliininen asiantuntija [REDACTED]

Lähetetty tiedoksi

27.2.2012/tv

**Saatekirje**

Hyvä vastaanottaja,

Opiskelemme Metropolia Ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä osana Lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä neuvontamallin kehittäminen Peijaksen sairaalassa – tutkimushanketta. Hanke toteutetaan yhteistyössä Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Peijaksen sairaalan kanssa.

Opinnäytetyömme tarkoitus on kuvata hoitohenkilökunnan näkökulmasta Peijaksen sairaalan lihavuuskirurgisen potilaan ohjausprosessi. Työn tuloksia hyödynnetään kehitettäessä lihavuuskirurgisen potilaan ja hänen perheensä ohjausmallia. Opinnäytetyössä Peijaksen sairaalan moniammatillisen hoitotiimin antama ohjausprosessi kootaan ja kuvataan yhdeksi ehyeksi kokonaisuudeksi. Aineisto kerätään ryhmä- ja mahdollisesti yksilöhaastattelulla, joka nauhoitetaan luvallanne. Haastattelu kestää noin tunnin. Haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja se on mahdollista keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Haastattelussa saatu aineisto käsitellään luottamuksellisesti eikä haastatteluun osallistuneiden henkilöllisyyttä voida tunnistaa.

Työtämme ohjaa lehtori Eila-Sisko Korhonen ja yliopettaja Leena Rekola Metropolia Ammattikorkeakoulusta.

Yhteistyöstänne kiittäen,

Hanne Fortelius

Puh. [REDACTED]

[REDACTED]@metropolia.fi

Marja Penna

Puh. [REDACTED]

[REDACTED]@metropolia.fi

Annan luvan käyttää haastattelussa antamaani tietoa työhönne:

---

## **Teemahaastattelurunko**

Teemahaastattelussa käytetään seuraavia teemoja:

1. Leikkauspäätöksen saanti ja siihen liittyvä ohjaus ja tieto
  - Kuvaile potilaan ohjauksen tarve ja millaista ohjausta ja tietoa hän on saanut leikkauspäätöksen saatuaan
2. Preoperatiivinen ohjaus
  - Kuvaile lihavuuskirurgisen potilaan ohjauksen tarve ja saama tieto leikkaukseen valmistautumisesta
3. Postoperatiivinen hoito
  - Kuvaile lihavuuskirurgisen potilaan leikkauksen jälkeinen ohjauksen tarve ja saama tieto sairaalassaoloaikana
4. Kotiutuksen jälkeinen ohjaus
  - Kuvaile lihavuuskirurgisen potilaan kotiutuksen jälkeinen ohjauksen tarve ja saama tieto kotihoitoa varten
5. Ohjauksen ja tiedonannon kehittäminen
  - Kuvaile miten kehittäisit lihavuuskirurgisen potilaan ohjausta ja tiedonantoa

Tarvittaessa käytämme seuraavia aputeemoja:

- Oireet ja tuntemukset leikkauksen jälkeen kuten kipu, pahoinvointi, levon ja nukkumisen ongelmat
- Päivittäiset arjen toimintoihin liittyvät asiat kuten liikkuminen, syöminen ja juominen, peseytyminen, ihon ja leikkaushaavan hoito, fyysisten harjoitusten alkaminen ja liikunta, leikkaukseen ja perussairauteen liittyvä lääkehoito
- Tunteisiin ja ulkonäön muutoksiin liittyvät asiat kuten muutokset omassa kehossa, ulkonäössä ja painossa sekä mielialaan liittyvät tuntemukset

- Ihmisten väliseen kanssakäymiseen liittyvät asiat muun muassa kotona, ystäväpiirissä, työpaikalla ja toisten lihavuuskirurgisen leikkauksen läpikäyneiden potilaiden kanssa
- Potilaan oikeuksiin ja velvollisuuksiin liittyvät asiat kuten sitoutuminen ja elämäntavan muutosta koskevat päätökset, oma rooli painon hallinnassa
- Leikkauksesta aiheutuvat kustannukset kuten sairausloman pituus, mahdolliset komplikaatiot ja niistä aiheutuvat sairauspäivät sekä myöhempien mahdollisten korjausleikkausten kustannukset sekä KELA-korvaukset
- Leikkauksen ja siihen liittyvien muutosten vaikutukset elämänlaatuun
- Uuteen tilanteeseen sopeutumiseen käytettävät selviytymiskeinot